



Formulaire d'opposition à la réutilisation des données pour la recherche

Etape 1 : Compléter ce formulaire :

Cas 1 : Pour moi-même

Je soussigné(e),
M ou Mme
Nom usuel : Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance : Lieu de naissance :

Souhaite exercer mon/mes droits de :
 Opposition
 Accès
 Rectification
 Limitation
 Effacement

A Date : / /

Signature :

Cas 2 : En tant que personne de confiance/famille/représentant légal pour mon proche

Je soussigné(e),
M ou Mme
Nom usuel : Prénom:

Identité de la personne pour laquelle je signe :
Nom usuel : Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance : Lieu de naissance :

Souhaite exercer les droits de :
 Opposition
 Accès
 Rectification
 Limitation
 Effacement

A Date : / /

Signature :

Etape 2: Renvoyer ce formulaire complété :

N.B. Merci de joindre **une copie d'une pièce d'identité.**

Par mail : dpo@clinique-a-pare.fr

Par courrier postal :

DPO – Service Juridique
CMC Ambroise Paré
27 boulevard Victor Hugo
92200 Neuilly-sur-Seine